

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ANT. AUMONT

NÉ A ARGENTAT (CORRÈZE), LE 3 FÉVRIER 1864

ÉTUDE

SUR LE

Chancre Syphilitique des Paupières

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. {
DIEULAFOY.
BRUN.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ANT. AUMONT

NÉ A ARGENTAT (CORRÈZE), LE 3 FÉVRIER 1864

ÉTUDE

SUR LE

Chancre Syphilitique des Paupières

Président : M. PANAS, professeur.

{ DIEULAFOY.

Juges : MM. { BRUN.

{ CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	N....
	GRANCHER.
Maladies des enfants	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES SŒURS & A MES BEAUX-FRÈRES

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES EXCELLENTS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DU MANS

MM. LES D^{rs} LEBAIL, DROUIN, MÉLISSON ET ROCHER

HOMMAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

A la fin du mois d'avril dernier j'assistais à l'Hôtel-Dieu à une très intéressante clinique de M. le professeur Panas sur le chancre des paupières, dont il nous présentait un cas vraiment typique.

Ayant eu peu après connaissance d'un nouveau cas, je voulus approfondir le sujet. Je fus frappé, dès mes premières recherches, de voir que, malgré les nombreuses observations éparses dans les divers journaux médicaux, il n'y a que très peu de travail d'ensemble sur la question. Aussi je résolus d'en faire le sujet de ma dissertation inaugurale. Telle est l'origine de ce travail.

J'aurais pu facilement réunir toutes les observations de chancres de la paupière publiées jusqu'ici, mais elles sont nombreuses et elles auraient allongé inutilement ce travail sans rien lui ajouter d'original; aussi n'ai-je pris que des observations inédites. Ceux que le sujet intéresserait trouveront dans l'index bibliographique que nous avons placé à la fin de notre thèse tous les renseignements nécessaires.

Je dois remercier ici ceux qui m'ont aidé de leurs conseils ou communiqué leurs observations :

MM. les docteurs Dubarry (du Havre), Galezowski, Meyer, Dehenne, auprès desquels j'ai trouvé l'accueil le plus bienveillant.

MM. Bernarbey, Braquehayé, Paquy, Souligoux, internes des hôpitaux.

Mais je dois aussi adresser un hommage de reconnaissance à tous mes maîtres dans les hôpitaux.

Tout d'abord à la mémoire du regretté Blachez, professeur agrégé de la Faculté, alors médecin de l'hôpital Necker, qui guida mes premiers pas dans la clinique ;

A M. le professeur Dieulafoy, dont j'ai suivi longtemps les éloquentes leçons, soit à l'hôpital soit à la Faculté ;

A M. le professeur Le Dentu, mon maître en chirurgie ;

A M. Marchand, professeur agrégé de la Faculté, ancien chirurgien de l'hôpital St-Antoine, dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe pendant quelques mois.

Je dois mentionner aussi : M. Lévy, médecin principal de première classe ; MM. Jeanmaire, Lippmann, anciens médecins de l'hôpital militaire de Belfort, et particulièrement M. Maria, auprès desquels j'ai pu continuer mes études pendant mon année de volontariat.

Je n'oublierai pas mes deux années d'internat à l'hôpital du Mans et mes maîtres de cet hôpital, en particulier MM. les docteurs Le Bail, Mélisson, Drouin et Rocher.

Nous prions aussi M. le professeur Panas de bien vouloir agréer tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire du chancre induré des paupières est de date toute récente : c'est surtout dans ces vingt dernières années qu'on a appris à le connaître. Aussi cette affection, considérée longtemps comme rare, doit-elle être regardée maintenant sinon comme banale, au moins comme nullement exceptionnelle. Il n'est plus permis au praticien de la méconnaître.

Les anciens croyaient que la syphilis se transmettait par l'air et l'on sait que Charles VIII d'Angleterre fit passer en jugement le Cardinal Wolsley « pour avoir » parlé à l'oreille de son maître avec l'intention supposée » de lui communiquer la syphilis dont il était atteint. » Ceci se passait en 1529. Cependant, quelques années plus tard, en 1532, Nicolas Massa (de morbo gallico) affirmait que non seulement le contact était nécessaire, mais qu'avec ce contact existait la possibilité de l'inoculation ailleurs que sur les organes génitaux.

Botal, en 1560, décrivait le premier le chancre céphalique (chancre de la bouche).

Malgré cela, ce n'est guère que vers le milieu de ce siècle que le chancre de la paupière a été décrit pour la première fois.

Cependant, il y a bientôt cent ans que l'on a commencé à s'occuper des lésions de la syphilis oculaire. C'est d'abord l'iritis d'origine spécifique qui a été étudié ; puis les ulcérations spécifiques de la paupière et de la conjonctive. On admettait pêle-mêle sous ce nom des accidents primitifs et des lésions secondaires ou même tertiaires. Telles sont les observations que nous trouvons dans Laurence, dans Mackensie, etc.

La première observation complète de chancre des paupières est donnée par Ricord en 1850. Son malade, avocat, se souvient de s'être frotté les yeux après avoir souillé ses doigts au contact des parties génitales d'une femme. Bientôt après, il vit apparaître sur sa paupière inférieure, près du grand angle de l'œil, une tumeur à base indurée, élastique, dont la surface excoriée était rouge et granuleuse. Le chancre était en voie de cicatrisation quand Ricord vit le malade. Il s'accompagnait de ganglions en pléiade dans la région préauriculaire et sous-maxillaire. Comme accident secondaire, il constata une roséole des plus caractéristiques. Tous ces symptômes permirent au maître de porter le diagnostic exact, qui, du reste, fut confirmé encore dans la suite. Dès lors, l'attention était attirée sur ce sujet et nous voyons le chancre des paupières prendre place dans les nouvelles éditions de Desmarres (1854) et Mackensie (1855). A partir de cette époque, nous ne citerons pas toutes les observations publiées en France et à l'étranger, elles deviennent de plus en plus nombreuses, mais on ne trouve cependant aucun travail d'ensemble sur la question.

Savy, dans sa thèse, y consacre bien un chapitre (1886), ainsi que les dictionnaires à l'article paupière, mais de Lapersonne en 1880, puis Baudry en 1885, dans les archives d'ophtalmologie, sont les premiers qui étudient spécialement ce sujet. Citons encore la thèse d'Eveillé en 1885.

L'année suivante David de Beck, de Cincinnati, leur consacre, lui aussi, un important mémoire. Il a d'ailleurs repris la question en 1891, en la complétant.

En 1887, un médecin russe, Teplyaschin, s'occupe de l'étiologie du chancre des paupières. Il trouve plus de cinquante cas d'infection dans deux petits villages dus à l'extraction avec la langue des corps étrangers de l'œil ou au massage lingual dans le trachôme, traitement employé dans les campagnes d'une partie de la Russie.

En 1889, nous voyons apparaître d'importants travaux. C'est d'abord la thèse de Toucheaulme qui sépare le chancre de la conjonctive de celui de la paupière; la thèse de Fortuniadès, qui a pu réunir plus de cinquante observations de chancres palpébraux, celle de Stourme, de Lyon, sur le pronostic du chancre céphalique. A l'étranger, nous signalerons le mémoire de Pospelow. Cet auteur s'est occupé des chancres extra-génitaux, qu'il a observés en dix ans à l'hôpital Mjassnitky (de Moscou). Il a rencontré 198 chancres extra-génitaux dont 3 des paupières. Enfin, plus récemment, signalons les travaux de Beck de Purtscher, de Newman, et une clinique faite il y a

quelques mois à peine, par M. le professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu.

En plus de ces divers travaux, on pourra se reporter aux traités classiques sur les maladies des yeux, sur les maladies vénériennes, aux *archives d'ophtalmologie*, aux *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, etc. Chaque année, en effet, on y trouve des observations nouvelles.

Enfin, nous ne saurions omettre le musée de St-Louis, où l'on verra des moulages de chancre des paupières et où ceux qui n'ont pas eu comme nous, la bonne fortune d'en observer quelques cas, pourront se faire une idée de l'aspect spécial et caractéristique qu'offre le chancre palpébral. Une promenade dans ces salles vaut mieux que la lecture du meilleur mémoire.

Nous n'avons fait dans cet historique que signaler les travaux les plus importants ayant trait à notre sujet. Quant aux autres, on les trouvera indiqués à l'index bibliographique, que nous avons placé à la fin de notre thèse.

FRÉQUENCE

« Le chancre est un accident qui saute rarement » aux yeux », a dit Ricord, et ce n'est pas ce qui rend l'amour aveugle. Mais, si le chancre de la paupière est rare, il n'est pas exceptionnel. Voici ce que dit Fournier à ce sujet. « Il y a vingt ans à peine, les chancres » extra-génitaux passaient pour excessivement rares, » pour une véritable curiosité. Aujourd'hui ils abondent et surabondent dans les services de St-Louis. » Pourquoi sont-ils devenus subitement plus nombreux ? Ou bien l'espèce humaine est-elle devenue » plus vicieuse ? Non, la vérité, et elle est tout à la » gloire des médecins en général et des syphiligraphes » en particulier, c'est qu'on les a mieux étudiés, que » l'on a appris à mieux les connaître et que bon » nombre de chancres qui passaient inaperçus auparavant n'échappent plus aujourd'hui à l'œil de l'observateur. »

C'est donc à tort que Viguié, dans sa thèse, prétend n'en connaître que trois cas. C'est à tort que certains étrangers, voyant le nombre de cas de chancres de la paupière publiés en France plus nombreux que ceux que contenaient leurs journaux, ont voulu voir chez nous un pays de débauches.

Mais outre que le chancre palpébral est assez rarement vénérien, nous leur répondrons que, chez nous, l'école de Saint-Louis a répandu partout, dans toute la génération médicale actuelle, la connaissance des maladies vénériennes. S'ils ont moins de cas de chancre extra-génitaux, c'est de leur part ignorance et non certificat de vertu. D'ailleurs, à mesure que l'attention est appelée sur le siège anormal de l'accident primitif de la vérole, on voit partout les observations devenir plus nombreuses.

Avec Fortuniadès, nous étudierons en plusieurs chapitres la fréquence du chancre de la paupière. Nous verrons d'abord quelle est sa fréquence absolue par rapport à l'accident primitif, puis sa fréquence relativement aux autres chancres extra-génitaux. Nous chercherons à établir ensuite le rang qu'il occupe dans la syphilis oculaire. Nous ajouterons à ces trois points statistiques, déjà étudiés par Fortuniadès, un quatrième paragraphe : dans quelle proportion chaque sexe est-il frappé ?

1° *Fréquence absolue.* — C'est là un point de statistique qu'on ne peut établir que dans les grands services spéciaux de syphiligraphie.

A l'étranger, on a trouvé des chiffres qui semblent bien au-dessous de la moyenne. C'est ainsi que Wiette n'en a rencontré qu'un cas sur 5,000 malades ; Beck, de Christiana, un seul sur 2,344 cas ; Zeissl a obtenu encore une proportion plus faible, puisque sur 40,000

cas de syphilis primitive, il n'a vu que deux chancres de la paupière.

En France, on admet une proportion beaucoup plus forte : c'est ainsi que Jullien a rencontré un cas de chancre de la paupière sur 700 ; Fournier, 1 sur 471 ; de Clerc, 1 sur 404 ; de Wecker, 1 sur 250. Aussi admet-on généralement que la fréquence du chancre des paupières est de 1 cas sur 450 chancres d'autres régions. Cette moyenne serait de 1 pour 500 d'après Fortuniadès.

2° *Fréquence relative.* — Par rapport aux chancres extra-génitaux, il y a encore des différences très considérables selon les auteurs ; mais elles sont cependant moindres. Nous trouvons comme chiffres extrêmes : Pospelow, avec 3 cas sur 198 chancres extra-génitaux, et Newmann, au contraire, qui en rencontre 2 sur 84 cas et Bulhley 2 sur 66. Mais en statistique, plus le nombre des cas est grand, plus les chiffres se rapprochent de la vérité. Aussi si nous prenons le service du professeur Fournier à Saint-Louis, en additionnant les chiffres de Nivet, Morel-Lavallée, Veslin et Feulard, nous trouvons 22 chancres de paupières sur 1388, soit environ 1 pour 63 cas de chancres extra-génitaux.

Stourme, sur 100 cas inédits de chancres extra-génitaux pris surtout à Lyon et à St-Etienne, cite deux chancres des paupières.

En réunissant tous ces chiffres, nous arrivons à 31 chancres palpébraux pour 1736 chancres extra-

génitaux, c'est-à-dire juste un cas pour 56, chiffre qui se rapproche de celui que nous donne le service du professeur Fournier.

3° *Fréquence du chancre des paupières en syphilis oculaire.*
— Ici nous devons distinguer les malades présentant des antécédents syphilitiques quelconques de ceux qui ont présenté des manifestations spécifiques du côté des yeux. C'est ainsi, par exemple, qu'Eveillé, donnant la statistique du professeur Badal, de Bordeaux, trouve 2 chancres palpébraux sur 10,000 malades portant dans leurs antécédents, sur le registre de consultation, le mot syphilis, tandis que sur les mêmes 10,000 malades, 311 sont atteints de lésions oculaires spécifiques. Peut-être est-ce dans le même sens qu'il faut interpréter les proportions extraordinaires que nous donne la statistique de Galezowski qui n'aurait rencontré, d'après Fortuniadès, que 11 chancres palpébraux sur 112,000 malades. Les statistiques d'Alexander — 8 pour 1,385 — et de Fieuzal — 8 pour 24,000 — bien qu'absolument dissemblables, se rapprochent davantage de la moyenne.

En résumant ces chiffres, nous trouvons un cas de chancre palpébral pour 3,632 cas de syphilis oculaire, mais c'est là assurément une proportion trop forte et si nous retirons les 112,000 malades de Galezowsky, nous aurons la proportion plus exacte de un cas pour 963.

4° *Fréquence du chancre palpébral selon le sexe.*
— Il est incontestable que l'homme est atteint bien plus fréquemment que la femme. Il faut excepter

cependant certaines conditions tout-à-fait spéciales de contamination. C'est ainsi, par exemple, que, dans la statistique de Teplyaschin, la proportion des femmes l'emporte beaucoup sur celle des hommes, puisque sur 34 cas qu'il rapporte, il a trouvé 24 femmes et seulement 10 hommes. D'autre part, au contraire, les statistiques de Pospelow et de Neumann ne donnent que des hommes.

Nous avons eu entre les mains, en plus des 34 cas de Teplyaschin, que nous ne faisons pas entrer en ligne de compte, 57 observations de chancres de la paupière et nous avons trouvé 38 hommes et 19 femmes. Il y avait donc une proportion moyenne de deux hommes atteints pour une femme.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

La cause du chancre palpébral manque le plus souvent. On n'arriverait à la déterminer, d'après Fortuniadès, qu'une fois sur quatre, soit que le malade ignore réellement comment s'est faite l'inoculation, soit qu'il soit de mauvaise foi.

Nous distinguerons dans son étiologie des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

1° *Causes prédisposantes.* — Tous les auteurs sont d'accord, et avec juste raison, pour accorder à toutes affections des paupières ou des voies lacrymales un rôle important dans l'étiologie du chancre palpébral. C'est surtout la blépharite ciliaire, si fréquente chez les acnéiques, qui doit être incriminée. Baudry, de Beck, de Lapersonne, Dietlen, Hamande, de Moty, Sattler, Laskiewicz, en ont rapporté des exemples incontestables. Mais, en dehors des affections des paupières, on doit se souvenir que dans cette région la peau est fine, s'excorie facilement. Le grattage suffit à ouvrir un chemin au virus, surtout au niveau du grand angle de l'œil. Ne reconnaît-on pas aujourd'hui dans ces petites excoriations la porte d'entrée fréquente de l'érysipèle de la face, l'érysipèle médical

ou spontané des anciens ? De même doit s'inoculer le chancre. On a dit aussi que les larmes, diluant le virus, l'affaiblissaient et diminuaient ainsi les chancres d'infection. Mais par cela même qu'elles le diluent, elles le répandent sur toute la surface oculaire et le portent partout.

Parmi les causes prédisposantes du chancre des paupières, nous devons encore citer l'âge. Comme pour la plupart des chancres céphaliques, l'enfance et l'âge mûr donnent les cas les plus nombreux. De 15 à 30 ans, ce n'est pas par la paupière qu'on prend ordinairement la vérole. Les enfants en bas-âge semblent être frappés surtout dans une proportion considérable. Nous avons déjà vu quelle influence avaient le sexe et le pays.

Quant aux professions, elles jouent un rôle important. Les médecins et les sages-femmes occupent un rang important dans la statistique. Qu'après le toucher vaginal on se frotte l'œil d'une façon inconsciente, que pendant l'accouchement des parcelles de liquide sautent à la figure ou qu'un malade syphilitique dont on examine la gorge rejette par des efforts de toux de la salive, et l'inoculation est faite (Savy, Dietlen, Boucheron, Hirschler, Campart, etc.) Il est professionnel dans la proportion d'une fois sur quinze environ.

À côté des médecins, il faut placer les nourrices contagionnées par leurs nourrissons, et, réciproquement, les nourrissons infectés par leurs nourrices.

2° *Causes déterminantes.* — On pourrait diviser ces causes en causes vénériennes et en causes accidentelles.

Mais, outre que plusieurs modes d'inoculation sont communs aux deux divisions, la vraie origine est le plus souvent difficile à débrouiller. Aussi nous suivrons un autre ordre.

En première ligne nous mettrons la contagion par le *baiser*. Que ce soit le baiser passionné des amants, celui de la mère à son enfant ou de l'enfant à sa mère, c'est encore ici un mode d'inoculation fréquent par les nourrices, les servantes ou même les indifférents, par suite de la détestable habitude de laisser ou de faire même embrasser ses enfants par le premier venu. Tels sont les cas de Gratia, Salomon, Boucheron, Richon, Despagnet, etc.

Zobolostki ayant observé chez le même malade deux chancres indurés des paupières en même temps qu'un du pénis, conclut, avec des apparences de raison, que l'infection pénienne est due au coït, tandis que celles des paupières sont dues au baiser.

La bouche nous offrira d'autres modes de contamination que le baiser et c'est à bon droit qu'on a dit que « la bouche était un grand laboratoire de vérole. » Les médecins de Pologne et de Russie ont signalé *l'extraction des corps étrangers de l'œil avec la langue*, coutume assez répandue dans ces pays (Szokalski, de Varsovie).

Montgomery, de Chicago, cite deux cas analogues. Nous avons déjà parlé de l'épidémie signalée par Tephyaschin dans l'arrondissement de Wyatha, où des commères traitent le trachôme, fréquent dans ce pays, par le massage lingual.

D'autres fois, on a incriminé la *succion* pour une plaie de la paupière (Van Harlingen, David de Beck, Meighan, etc.), la *salive* rejetée par un malade dans un effort de toux pendant l'examen de la gorge (Savy, Hirschier). Campart rapporte le cas d'un homme qui eut un chancre de la paupière au point où il avait été mordu quelque temps auparavant dans une rixe.

« Dés femmes portent des lésions syphilitiques » dans la cavité buccale, a dit Diday ; si alors elles » se servent, comme c'est l'habitude, de leur salive » pour nettoyer leur nourrisson..., il pourra très » bien arriver qu'en lavant leur nourrisson, elles lui » inoculent le chancre. » Il existe de nombreux cas de ce genre. Baudry en cite deux des plus concluants.

Le *doigt* semble servir moins souvent de véhicule au virus spécifique que les lèvres, la langue ou la salive. Tantôt c'est un médecin, une sage-femme, qui, soignant un syphilitique, porte par mégarde la main à ses yeux (Campart, Dietlen) ; tantôt, comme dans le cas de Ricord, « le malade se rappelle qu'étant » couché avec une femme, après certains attouche- » ments, il fut pris d'une vive démangeaison à l'œil, » où il porta la main, et qu'il frotta pendant un temps » assez long. » Tels sont encore les cas de Galezowski et ceux de Gratia et d'Edgard Browne. Enfin, signalons encore le cas de Denti, dans lequel un nourrisson syphilitique contamine sa nourrice en lui égratignant la paupière.

Viennent ensuite des causes beaucoup plus rares. Tel est le cas rapporté par Despagnet où le malade avouait, en s'en faisant gloire, avoir mis, dans un but lascif, ses paupières en rapport avec les organes génitaux d'une femme. Galezowski cite encore l'observation d'un chancre de la paupière qui serait survenu, au dire du malade, après s'être reposé sur un oreiller sale. Mais nous avouons ne pas être convaincu de la bonne foi du malade. C'est l'histoire des blennorrhagiques qui attribuent leur chaudepisse au frottement de la verge contre un caleçon de flanelle.

Le malade de Hamande se nettoyait les yeux avec du linge qui servait à un syphilitique. Baudry incrimine aussi les éponges servant à la toilette.

Une cause dont nous n'avons trouvé aucun exemple, malgré tout le soin que nous avons mis à la rechercher, c'est la *contagion par les instruments de chirurgie* (scarificateur, seringues, sondes à voies lacrymales, etc.; etc.) Chacun connaît l'histoire de ce spécialiste parisien qui communiqua la syphilis à plus de soixante de ses clients, dont il cathétérisait la trompe d'Eustache. On sait aussi que la liste est longue des malades auxquels des ophtalmologistes malpropres inoculèrent des granulations ou des ophtalmies purulentes. Qui pourrait affirmer que dans les cas si nombreux de cause inconnue, quelques-uns au moins n'ont pas cette étiologie, lorsque le malade fut traité auparavant pour une affection oculaire ?

Les causes des chancres des paupières sont donc très nombreuses. Malgré cela, bien souvent après l'examen le plus minutieux on ne peut arriver à la

trouver, même chez des malades de bonne foi. C'est le cas de la plupart de nos observations. Ces cas de syphilis insontium sont alors d'autant plus graves que le malade, ignorant de son mal, ne se soigne pas et laisse sa vérole évoluer à son gré.

Avant de terminer ce chapitre de pathogénie, nous ferons observer que, neuf fois sur dix, c'est par les plaques muqueuses que se fait l'inoculation de la paupière. Il existe en effet très peu d'observations reconnaissant pour cause l'inoculation du virus chancreux à la paupière.

Enfin, signalons l'opinion de Graffe, qui prétendait que l'inoculation se fait par les glandes de Meibomius, qui conservent le virus contagieux.

Du pus syphilitique stagnant plus ou moins longtemps dans un même endroit, en particulier sur une muqueuse, ne peut-il par lui-même s'ouvrir une porte en raison de l'irritation locale, qu'il est susceptible d'y déterminer ?

Ce n'est pas notre opinion, il nous semble plus simple d'admettre que, là comme ailleurs, c'est par une éraillure souvent à peine perceptible que se fait l'infection primitive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'entre pas dans notre sujet de faire l'anatomie pathologique du chancre induré. Aussi ne nous occuperons-nous ici que de quelques points spéciaux au chancre des paupières.

Le chancre siège presque toujours sur le bord libre, envahissant à la fois la conjonctive palpébrale et la peau, empiétant même davantage sur cette dernière. Rarement la face cutanée est seule atteinte.

Il est surtout fréquent à l'angle interne de l'œil, gagnant à la fois la paupière supérieure et la paupière inférieure. Ceci s'explique facilement. C'est en effet au grand angle de l'œil que se portent instinctivement les doigts au moindre picotement ; les larmes s'y accumulent, laissant se déposer les petits corpuscules étrangers qu'elles ont entraînés avec elles, et qui y sont en quelque sorte filtrés par les points lacrymaux. Aussi est-ce un siège fréquent de fissures, de conjonctivite chronique. C'est là encore qu'on rencontre la dacryocystite. Toutes ces lésions sont autant de portes ouvertes à l'inoculation, et de même que c'est le siège de prédilection pour l'érysipèle dit spontané, c'est aussi le point le plus fréquemment atteint du chancre induré des paupières.

Nous trouvons ensuite atteints avec une fréquence un peu moindre tout le rebord palpébral, paupière inférieure, paupière supérieure angle externe ; quant à la face conjonctivale, elle n'est atteinte que tout-à-fait exceptionnellement (Savy, Galezowski, Panas).

Il nous reste encore un point à examiner : c'est la circulation lymphatique des paupières. Elle nous donne, en effet, la clef des points où nous devons rechercher la pléiade ganglionnaire caractéristique.

Voici ce que dit Sappey, dont l'autorité est si grande sur ce sujet : « Les vaisseaux lymphatiques » très nombreux ont pour origine la peau des paupières » et la conjonctive. On injecte assez facilement ceux » du sourcil, difficilement les autres. Mais on les voit » très bien au microscope lorsque leur cavité est rem- » plie de microbes. Ils sont surtout développés sur » le bord libre ou ciliaire que recouvre un réseau » d'une extrême richesse. De celui-ci naissent trois » ou quatre troncs externes qui vont se terminer dans » les ganglions parotidiens les plus antérieurs et deux » ou trois troncs internes plus petits qui se joignent » aux lymphatiques venus de la partie médiane du » front pour suivre ensuite la veine faciale et se » rendre dans les ganglions sous-maxillaires. Quel- » ques vaisseaux lymphatiques naissent aussi de la » conjonctive, principalement de la conjonctive palpé- » brale. »

Donc dans le chancre de l'angle interne de l'œil, on trouvera presque toujours un ganglion sous-maxillaire plus volumineux que les autres ; lorsque

la lésion est située vers l'angle externe, ce sera le ganglion parotidien préauriculaire qui sera surtout bien développé. Ce dernier doit être cherché, d'après Savy « exactement au devant de l'oreille à un centimètre environ au devant du tragus. » D'après le même auteur on en trouve assez fréquemment un second en arrière et un peu au dessous, mais plus petit.

C'est à tort que Lavergne et Perrin ont dit que le ganglion sous-maxillaire accompagnait surtout le chancre de l'angle externe de l'œil. C'est justement le contraire qui est exact d'après l'anatomie et la clinique, ainsi que de nombreuses observations en font foi. En outre, d'après le professeur Panas, on trouve presque toujours un ganglion engorgé en avant du masséter, à la hauteur du canal de Sténon, juste au dessous de la boule graisseuse de Bichat. Il était nettement pris sur un des malades dont nous donnons plus loin l'observation. S'il n'est pas signalé plus souvent, c'est qu'il est peu connu.

SYMPTOMES

Le chancre des paupières peut, selon son siège, présenter des aspects différents. Nous prendrons comme type le chancre du grand angle de l'œil. La période *d'incubation* du chancre palpébral est-elle plus grande ainsi que l'ont prétendu quelques auteurs ? D'après la statistique de Stourme, qui s'est occupé du chancre céphalique, la durée ne semble pas exagérée. Elle serait, dit-il, en moyenne de 23 à 24 jours. Si on a prétendu que l'incubation était plus grande, c'est que souvent on avait affaire à des vieillards, or chacun connaît la loi de Sigmund, qui prétend que le temps qui s'écoule entre le contagé et l'apparition de l'accident primitif est d'autant plus long que le sujet est plus âgé.

Il est absolument exceptionnel que les malades viennent consulter le médecin dès le début de l'apparition du mal. Le plus souvent ils portent depuis plusieurs jours, quelquefois depuis des semaines, une ulcération à la paupière qui a résisté à tous les remèdes employés par les commères ou les pharmaciens du voisinage, et la lésion est dans toute sa splendeur quand ils se décident à consulter le médecin. On voit alors une saillie manifeste, allongée parallèlement au bord libre

des paupières, ou bien en fer à cheval, empiétant sur les deux paupières. La peau et la conjonctive sont atteintes, mais cette dernière l'est toujours moins.

Le malade nous raconte qu'*au début* ce n'était rien : une simple rougeur qu'il compare à une piqure de puce. Bientôt est survenu un petit bouton qui n'a pas tardé à s'éroder à son sommet. Depuis, le mal a augmenté, le bouton ainsi que l'ulcération ont fait des progrès, amenant à peine un léger degré de conjonctivite bulbaire.

L'ulcération, ou plutôt l'érosion, est à peine excavée, en coup d'ongle, recouverte d'une croûte quand le chancre est récent. Plus tard, la croûte tombe. On trouve alors au-dessous une surface érodée, plus ou moins ovalaire, dont la couleur est d'un rouge spécial, couleur de cuivre rouge ou de maigre de jambon, comme disent les classiques.

Il n'y a pas de *sécrétion* à son niveau. C'est à peine si la surface excoriée est humide. *Les bords* sont taillés à pic et non décollés. *L'étendue* est assez grande. Dans beaucoup d'observations on le compare à une amande, à une olive. Il a, d'après Fortuniadès, rarement moins de cinq millimètres. Par contre, on l'a vu occuper toute une paupière.

La peau voisine de la lésion est rouge et violacée, comme infiltrée, œdématiée. Si l'on en saisit *la base* entre deux doigts, on voit qu'elle est indurée, tantôt d'une façon très nette, comme si la lésion reposait sur du cartilage, tantôt, au contraire, elle est des plus délicates à saisir. On l'a comparée à la sensation que donne une feuille de parchemin.

Cette induration persiste souvent longtemps après

la disparition du chancre. On l'a trouvée deux mois et demi encore après lui (Krelling). Le malade vous laisse l'explorer à votre aise, car il *ne souffre pas*. La lésion, à moins de complications, est tout-à-fait indolente. A peine se plaint-il quelquefois d'un peu de gêne dans le mouvement des paupières.

Tels sont les signes que présente le chancre des paupières.

Mais, dans les régions voisines, nous devons noter d'autres symptômes aussi importants. Nous voulons parler de *l'adénopathie*. Elle est pathognomonique par certains de ses caractères. Elle est polyganglionnaire, elle survient rapidement après l'apparition du chancre, elle est indolore, elle ne suppure pour ainsi dire jamais. Les ganglions sont durs, mobiles, atteignant couramment le volume d'une amande. Souvent, ils font saillie sous la peau, donnent au malade un aspect spécial, permettant de porter le diagnostic à distance, ainsi que nous l'avons vu faire par M. le professeur Panas pour un des malades, dont nous relatons l'observation. Ces ganglions siègent surtout dans la région préauriculaire, sous-maxillaire et au niveau de la boule graisseuse de Bichat. Mais on peut encore en rencontrer dans la région sus-hyoïdienne, en avant du sterno-cleido-mastoïdien ; quelquefois même toute la chaîne cervicale est prise. *La durée* du chancre serait en moyenne de 49 jours d'après Stourme. Quand approche le moment de *cicatrisation*, la plaie se déterge, son fond prend un aspect rouge de bon augure et la guérison survient sans laisser de trace avec *restitutio ad integrum*.

A peine le malade a-t-il perdu quelques cils au niveau du bord libre qui a été atteint.

La guérison locale survient ainsi, mais la maladie constitutionnelle continue son évolution. Le plus souvent on voit très rapidement survenir *les accidents secondaires*, bien avant leur époque habituelle. On les voit presque toujours apparaître alors que le chancre n'est pas encore cicatrisé.

Mais si tel est ordinairement l'aspect du chancre palpébral, il pourra quelquefois se montrer sous une forme différente. C'est ainsi, par exemple, qu'assez souvent son fond présente un *aspect diphtéroïde* qui ne change qu'au moment de sa cicatrisation. D'autres fois — et cela survient surtout après des cautérisations intempestives — il pourra être *phagédénique*, ulcérant profondément les tissus où il se développe (de Wecker). Tel est le cas de Richon, dont le malade eut tout le rebord palpébral détruit par son chancre. Il n'est pas rare non plus de rencontrer *plusieurs chancres* de la paupière sur le même malade. Tephyaschin en a rapporté plusieurs cas. Ils peuvent enfin coïncider avec des *chancres indurés d'autres régions*. Le malade de Zobolotski, par exemple, qui avait à la fois deux chancres de paupières et un de la verge. Une nourrice, dont Stourme rapporte l'observation, eut successivement un chancre du mamelon gauche, deux chancres de l'aréole gauche, puis un chancre de la commissure palpébrale gauche et un chancre du sein droit. D'autres fois la variété d'aspect du chancre des paupières tient à son *siège*.

Ainsi, par exemple, le chancre de la *conjonctive palpébrale* est souvent en forme de rigole dont les bords sont indurés. Pour le voir, on tourne la paupière, qui est rouge, irritée, formant à son voisinage un bourrelet chémotique qui peut même empêcher de le distinguer à première vue.

Le chancre commissural peut offrir quelquefois l'aspect d'une fissure limitée au bord libre reposant sur une base indurée et dont les bords violacés peuvent en imposer un instant pour une fistule lacrymale. De Lapersonne rapporte un exemple de cas de ce genre, qu'il a observé au musée Horteloup, à l'hôpital du Midi.

Nous avons dit qu'à part la perte de quelques cils et une conjonctivite assez légère, les troubles fonctionnels étaient le plus souvent à peu près nuls.

Cependant, dans quelques cas, surtout avec le chancre de la face interne des paupières, on a trouvé *une réaction plus ou moins vive du côté de l'œil*; tantôt la conjonctivite est assez intense, s'accompagnant de chémosis, d'œdème des paupières et de sécrétion mucopurulente plus ou moins abondante (de Lapersonne, Baudry, de Beck, etc., etc.), tantôt il existe un larmoiement avec oblitération des points lacrymaux (Fortuniadès, de Lapersonne). Nous avons déjà signalé la perte de substance plus ou moins considérable qu'on pouvait observer du côté de la paupière dans les cas analogues à celui de Richon. Il s'accompagnait d'un ectropion manifeste. D'autres fois on observe de l'entropion. On a noté encore un symblépharon plus ou moins marqué. Mais, comme

le fait remarquer de Lapersonne, cet accident est dû le plus souvent à des cautérisations intempestives. Enfin plus fréquemment on a rencontré des lésions du côté de l'œil telles que l'iritis (Savy, Stourme, Fortuniadès, etc.), la kératite (Savy), l'ulcération de la cornée (de Lapersonne). Disons aussi que très exceptionnellement, on a vu la suppuration des ganglions engorgés, ici encore l'accident serait dû aux pansements intempestifs ou à la malpropreté.

la disparition du chancre. On l'a trouvée deux mois et demi encore après lui (Krelling). Le malade vous laisse l'explorer à votre aise, car il *ne souffre pas*. La lésion, à moins de complications, est tout-à-fait indolente. A peine se plaint-il quelquefois d'un peu de gêne dans le mouvement des paupières.

Tels sont les signes que présente le chancre des paupières.

Mais, dans les régions voisines, nous devons noter d'autres symptômes aussi importants. Nous voulons parler de *l'adénopathie*. Elle est pathognomonique par certains de ses caractères. Elle est polyganglionnaire, elle survient rapidement après l'apparition du chancre, elle est indolore, elle ne suppure pour ainsi dire jamais. Les ganglions sont durs, mobiles, atteignant couramment le volume d'une amande. Souvent, ils font saillie sous la peau, donnent au malade un aspect spécial, permettant de porter le diagnostic à distance, ainsi que nous l'avons vu faire par M. le professeur Panas pour un des malades, dont nous relatons l'observation. Ces ganglions siègent surtout dans la région préauriculaire, sous-maxillaire et au niveau de la boule grasseuse de Bichat. Mais on peut encore en rencontrer dans la région sus-hyoïdienne, en avant du sterno-cleido-mastoïdien ; quelquefois même toute la chaîne cervicale est prise. *La durée* du chancre serait en moyenne de 49 jours d'après Stourme. Quand approche le moment de *cicatrisation*, la plaie se déterge, son fond prend un aspect rouge de bon augure et la guérison survient sans laisser de trace avec *restitutio ad integrum*.

grand soin au milieu de la région enflammée. La résistance de ces affections au traitement ordinaire devra vous faire penser à la possibilité d'un chancre de la conjonctive palpébrale surtout si vous trouvez les ganglions préauriculaire et sous-maxillaire engorgés.

On ne confondra pas le chancre des paupières avec une *brûlure irritée* par des pansements sales ou caustiques. Il suffira alors de soigner convenablement le malade pour voir la plaie se cicatriser au plus tôt. Les ganglions, s'il y en avait de pris, seraient enflammés, douloureux. Enfin on aurait les antécédents du malade, qui se souviendrait bien de s'être brûlé (le plus souvent c'est avec des caustiques) et qui vous dirait aussi quels sont les divers pansements qu'il a déjà appliqués.

Nous insistons à dessein sur ce diagnostic, qui aurait pu induire en erreur dans un des cas que nous citons à la fin de notre travail.

On a souvent confondu le chancre palpébral avec une *dacryocystite*. De Lapersonne cite le cas d'une femme dont on a voulu inciser le chancre après avoir fait cette erreur de diagnostic. On devra interroger avec soin le malade sur le passé de ses voies lacrymales, inspecter avec soin ses conduits lacrymaux. De plus, la lésion évolue avec des symptômes inflammatoires des plus nets et par la fistule s'écoule du pus. On ne trouve jamais l'adénopathie que nous avons décrite.

Dans un cas rapporté par Dubrueil, de Montpellier, la lésion avait été prise pour une *blépharite*. Il suffira de regarder pour ne pas faire une telle erreur de

diagnostic. Le *furoncle*, l'*orgeolet* sont des lésions inflammatoires douloureuses donnant sortie à un bourbillon qui est expulsé au bout de quelques jours, tandis que le chancre induré dure pendant plusieurs semaines.

Dans une clinique récente, le Professeur Panas insistait sur le diagnostic avec certaines ulcérations qu'on rencontre chez les bouchers, les équarrisseurs, etc., atteints d'*œdème malin*. Mais, ici, l'affection évolue à la façon d'une maladie générale, et à l'œdème des paupières, qui est très marqué, succède une plaque brunâtre, puis, au-dessous, apparaît l'ulcération. Tels sont les cas décrits par Thiry, dans la *Presse médicale belge*, en 1880. La *pustule maligne* peut aussi se rencontrer à la paupière. Elle se distingue par son évolution rapide, les symptômes généraux qui l'accompagnent et les caractères propres de l'ulcération : collerette de vésicules, escharre noire, etc. Elle donne des cultures de bacillus anthracis (voir Décès, *Union médicale et scientifique Nord-Est*, 1879). Le *lupus* peut se rencontrer au niveau des paupières, près du grand angle de l'œil ; mais il est très rarement primitif, presque toujours il débute par le nez, et l'œil n'est atteint que secondairement. A cause du terrain strumeux où il se développe, on peut très bien rencontrer dans la région sous maxillaire des ganglions engorgés analogues à ceux qui accompagnent le chancre, mais souvent on en trouve de suppurés. Puis l'ulcération n'a pas le même aspect. Elle débute par une petite tumeur arrondie qui s'ulcère secondairement. Le fond est bourgeonnant, rouge foncé. La marche en est

moins rapide et le sujet, qui est jeune, présente assez souvent des antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires.

Fortuniadès, dans sa thèse, cite cependant la pièce n° 385, du musée de Saint-Louis, comme pouvant en imposer pour un chancre des paupières.

C'est surtout l'*épithélioma* de l'angle de l'œil dont le diagnostic doit souvent être fait avec soin. Mais il se développe presque toujours sur des sujets âgés de 45 à 60 ans. Sa marche est des plus lentes. Jamais les ganglions ne sont pris avant six mois. Ils sont quelquefois encore indemnes après 5 et même 10 ans. Les bords de l'ulcération sont élevés, taillés à pic et non érodés en coups d'ongle. Le fond est irrégulier, granuleux, saignant facilement. La peau voisine est peu gonflée, mais de couleur rouge sombre. La tumeur, le plus souvent, adhère profondément au squelette.

Les *ulcérations syphilitiques* tertiaires se reconnaissent aux commémoratifs. Le malade sera porteur de lésions anciennes. L'ulcération est plus grave, plus étendue. Elle ronge la région, et la guérison ne se fait jamais par *restitutio ad integrum*, comme c'est la règle dans le chancre.

Le *chancre mou*, nié par Boucheron, Panas, etc., est extrêmement rare, s'il existe. Les observations rapportées par Galezowski, Hirschler, Jullien, de Wecker, Landolt, ne sont pas probantes. En cas de doute, l'auto-inoculation, qui n'a jamais été faite avec succès, établirait le diagnostic. Lorsque l'ulcération

du chancre n'est pas visible, lorsqu'elle siège sur la conjonctive palpébrale, on pourrait penser à un *chalazion*, à une gomme non ulcérée. En retournant la paupière et en regardant, on évitera une aussi grossière erreur.

Le diagnostic de chancre des paupières n'est donc réputé difficile que parce qu'il est rare et que beaucoup de praticiens n'en ont jamais vu. Mais il suffit d'y penser pour le reconnaître. Pour une de nos observations, nous avons vu M. le professeur Panas affirmer le diagnostic lorsque le malade se présentait à la porte de la salle, avant même de l'avoir examiné.

PRONOSTIC

On s'est demandé souvent si le pronostic du chancre céphalique était plus grave que celui du chancre génital. Les anciens, avec Van Swieten et Swediaur, l'affirmaient; depuis, Ory, Guignard, Stourme, Neumann, etc., ont à peu près démontré le contraire. On a voulu comparer à ce point de vue la syphilis à la rage. On sait en effet combien est plus grave cette dernière quand elle succède à une plaie céphalique. Mais il y a là une autre raison. La rage s'inocule par morsure. Or, l'animal enragé qui mord au tronc s'essuie les dents après les vêtements, en quelque sorte avant de pénétrer dans la peau, ce qui n'a pas lieu pour les plaies du visage. Aussi, dans ce dernier cas, y a-t-il plus de chances d'infection.

Mais, pour le syphilis, il n'en est pas de même, et lorsqu'elle nous mord, il n'y a pas plus d'intermédiaire sur les organes génitaux que sur la paupière. En effet, si l'on parcourt les nombreuses observations qui ont été publiées, on trouve que s'il y a des cas graves, il y aussi de nombreux cas bénins. Lorsqu'on recherche la raison de la gravité des premiers,

on la trouve presque toujours dans une des causes signalées par M. le professeur Fournier.

C'est d'abord *l'âge*. La syphilis, en effet, est très grave chez le vieillard ; or, le chancre, avons-nous vu, est fréquent chez eux. Par contre elle est bénigne en général chez les enfants. La *scrofulo-tuberculose* en aggrave le pronostic. C'est ce que Ricord avait indiqué sous l'appellation pittoresque de *scrofulate de vérole*. Il en est de même de *l'alcoolisme*, de *l'impaludisme*, des *traumatismes*, qui agissent comme causes déprimantes.

Il convient d'ajouter ici une cause non moins grave, c'est le manque de diagnostic au début qui amène avec elle *l'absence du traitement*.

Stourme a noté encore *l'allaitement*. (La femme enceinte et la nourricie ont en général une syphilis plus grave. Or le chancre palpébral est, nous l'avons vu, plus fréquent chez les nourrices soignant des enfants syphilitiques.

Telles sont les causes ordinaires de la gravité plus grande du chancre. En dehors d'elles, l'évolution de la syphilis chez les syphilitiques atteints de chancres palpébraux n'est pas plus gravé que chez les syphilitiques génitaux. Cependant, d'après les observations que nous avons parcourues (et deux des nôtres en offrent un exemple), il semble que l'apparition des accidents secondaires est plus précoce.

Localement, le pronostic du chancre est bénin. Si on ne l'irrite pas, on peut être sûr qu'il ne causera aucune difformité, aucune lésion du côté de la paupière. La guérison a lieu par *restitutio ad integrum*.

A peine dans quelques cas a-t-on pu signaler la perte de quelques cils ou des lésions des points lacrymaux. C'est, nous le répétons, aux traitements irritants ou bien à la malpropreté du malade que sont dus ces cas où, après cicatrisation, il y avait de l'ectropion ou une échancrure plus ou moins grande de la paupière.

TRAITEMENT

Il n'entre pas dans notre sujet de faire le traitement complet de la syphilis. Nous ne voulons qu'indiquer certaines considérations spéciales qui nous ont paru inhérentes au sujet.

Pour le *traitement prophylactique*, par exemple, nous recommanderons aux médecins et aux sages-femmes les plus grands soins de propreté pour eux-mêmes et pour leurs malades, l'examen attentif des nourrices et des nourrissons. Comme hygiène générale, il serait bon de prévenir les mères du danger qu'il y a à laisser ainsi embrasser leurs enfants par le premier venu. Cette déplorable habitude a causé de si nombreux cas de syphilis ! Enfin, lorsque l'affection est déclarée, on doit encore prévenir le malade du danger qu'il y a pour les personnes qui l'approchent à user des mêmes objets que lui.

Pour le *traitement local*, nous répéterons ce que nous avons dit au chapitre précédent. « Ne l'irritez pas », empêchez seulement la plaie de s'infecter. Ne cautérisez pas le chancre.

Qu'il nous soit permis de reproduire ici, d'après nos notes, ce que disait dans sa clinique le professeur Panas. Le vieux traitement au vin aromatique est

ici très bon. C'est le traitement du Midi où l'on faisait déjà de l'antisepsie sans le savoir. Vous pourrez encore vous servir comme pansement des diverses préparations d'iodoforme et de calomel (poudres, pommades, etc.) ou bien encore de sparadrap recouvert de l'emplâtre de Vigo. D'autres ont appliqué sur le chancre un petit linge ou un morceau de peau de chamois enduit d'onguent napolitain, mais ne cautérisez jamais, car vous produiriez de l'ectropion.

On a proposé l'excision du chancre et de sa base indurée : c'est preuve d'ignorance ! En effet, la syphilis est déjà généralisée quand il apparaît. Le chancre est, en réalité, le premier des accidents secondaires. Le véritable accident primitif c'est l'écorchure infime qui a reçu le virus. Enlevez les pustules vaccinales, le malade n'en est pas moins vacciné.

Quant au *traitement général*, c'est celui de la syphilis ; nous n'y insisterons pas. Nous indiquerons cependant celui que nous avons vu employer avec succès au Professeur Panas dans tous les cas de syphilis, car il présente une certitude mathématique pour le dosage et l'absorption du mercure.

Ce sont les injections intra-musculaires d'huile biiodurée que l'on alterne avec l'iodure de potassium à l'intérieur.

Voici le mode de préparation de l'huile biiodurée d'après M. Delacour, interne en pharmacie du service (Revue Générale de clinique et de thérapeutique, 7 Juin).
« Cette méthode comprend deux opérations : la puri-

» fication de l'huile, la préparation de la solution
» mercurielle.

» 1° *Purification de l'huile.* — L'huile d'olive vierge
ou surfine est soumise à un lavage à l'alcool dans
les proportions suivantes :

Huile d'olive.	1000 g
Alcool à 95°.	300 g

» les deux liquides mélangés sont laissés en contact
» 4 ou 5 jours, pendant lesquels on a soin d'agiter
» de temps en temps. On décante ensuite l'alcool qui
» surnage, soit directement, soit au moyen d'une
» allonge à robinet, effilée dans sa partie inférieure
» et qui permet une séparation pour ainsi dire absolue
» des liquides.

» Les traces d'alcool que l'huile peut retenir se
» trouveront éliminées plus tard, grâce à la tempé-
» rature à laquelle on la soumet pour la stériliser.
» On a recommandé d'enlever ces traces d'alcool en
» brassant l'huile avec de l'eau distillée. Cette opération
» nous paraît superflue.

» 2° *Préparation de la solution mercurielle.* — L'huile
» ainsi traitée est portée dans une capsule à une tem-
» pérature de 110 à 115° pendant dix minutes. Il est
» avantageux de ne pas dépasser cette température ;
» l'huile, en effet, qui, jusqu'à ce point, conserve sa
» belle coloration jaune verdâtre caractéristique, la perd
» rapidement à une température plus élevée et devient
» presque incolore. Ce caractère a peut-être peu d'im-

» portance en lui-même, mais il a pour caractère la
» décomposition partielle de l'huile qui ne tarde pas
» à émettre d'abondantes vapeurs, signe certain de sa
» décomposition. Lorsque la température est revenue
» à 65° environ, on ajoute peu à peu le biiodure de
» mercure (40 centigrammes pour cent centimètres
» cubes d'huile) et on agite soit avec une baguette
» de verre, soit avec le thermomètre, qui plonge dans
» l'huile depuis le commencement de l'opération et qui
» permet de lire à chaque instant la température. On
» peut à ce moment faciliter la dissolution du sel
» mercurique en chauffant très prudemment la capsule
» avec le bec de Bunsen tenu à la main. Le biiodure
» ne tarde pas à disparaître. On filtre sur le coton
» stérilisé et on reçoit la solution dans des flacons
» également stérilisés.

» Ce qu'il faut surtout éviter dans cette opération,
» c'est d'ajouter le sel mercurique avant que la
» température ne soit redescendue vers 65°. A une
» température plus élevée le biiodure, en effet, à
» peine en contact avec l'huile de mercure, devient
» jaune et ne se dissout plus.

» Nos solutions sont dosées volumétriquement,
» elles contiennent quarante centigrammes de biiodure
» pour cent centimètres cubes d'huile (quatre milli-
» grammes par seringue de Pravaz). A ce titre, ces
» solutions sont très stables, surtout si on a soin de
» les conserver dans des flacons en verre jaune. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Inédite.*

Communiquée par M. J. Braquehay, interne des hôpitaux.

Chancre de l'angle interne de l'œil droit, accidents secondaires contemporains du chancre.

R...; Barthélemy, âgé de 53 ans, fumiste, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Panas (salle St-Jullien, lit n° 8), le 24 avril 1893, pour une ulcération de l'angle interne de l'œil droit. Peu de chose à noter dans les antécédents du malade. Il se porte habituellement bien. Il est italien et par suite assez sobre. Il avoue cependant prendre de temps en temps de l'absinthe. Notons aussi qu'il est extrêmement malpropre, ne prenant aucun soin de sa personne. Comment s'est-il inoculé l'accident dont il est porteur en ce moment? Nous n'avons pu trouver chez lui aucune cause. Il vit seul, n'a jamais partagé son lit avec un camarade, il y a au moins quatre à cinq ans qu'il n'a pas vu de femme. Or, dans tout ce qu'il nous raconte il semble être de bonne foi.

Vers la fin de mars, nous dit-il, il s'aperçut, par hasard, qu'il avait dans l'angle interne de l'œil droit, un petit point rouge, un bouton indolent et non ulcéré. La lésion grossit assez rapidement et régulièrement, sans causer la moindre douleur, mais empiétant à la fois sur la paupière supérieure et inférieure.

Pas de fièvre, pas de douleurs articulaires. Céphalées nocturnes très violentes.

Au commencement d'avril il remarqua la présence de taches rouges (roséole) sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen.

Actuellement, 27 avril, nous voyons dans l'angle interne de l'œil droit une ulcération serpiginieuse à bords nets mais peu saillants, comme enlevée au rasoir. Elle est du volume d'une pièce

d'un franc. Sa base est indurée au-delà de l'ulcération et est mobile sur les parties profondes. Indolence absolue.

Le tiers interne des deux paupières, sur leur bord libre, fait partie de l'ulcération. La lésion est donc symétrique aux deux paupières. Il semble qu'il y a deux chancres unis au niveau de la commissure interne. Les cils manquent à ce niveau. On ne trouve plus trace de points lacrymaux.

La zone voisine de la lésion est épaissie, indurée, violacée. L'ulcération elle-même est rouge terne, maigre de jambon; elle est peu profonde et recouverte par place de croûtes. Sur les points qui sont libres elle a un aspect parcheminé, comme vernissé.

Les deux paupières, même dans la partie non ulcérée, sont épaissies, violacées, œdématisées; leur bord libre est rouge. Leur infiltration empêche l'œil de s'ouvrir complètement et rend leur renversement difficile. La conjonctive palpébrale et celle des culs-de-sac est rouge, légèrement granuleuse, surtout au voisinage du bord libre.

L'œil est baigné de larmes qui s'écoulent continuellement mêlées à quelques flocons muco-purulents au niveau du grand angle de l'œil.

L'œil gauche est rouge, lui aussi, surtout au niveau de l'angle interne.

On trouve également en ce point, au milieu des larmes, quelques flocons muco-purulents. Cette conjonctivité de l'œil gauche est due à la malpropreté du malade, qui se frotte sans cesse son œil sain avec ses mains sales et souillées par la sécrétion de l'œil droit.

En même temps on constate que ses ganglions sont pris. Ils sont durs, ligneux, mobiles sur les parties profondes, non adhérents à la peau. Aucune trace d'inflammation à leur niveau. Indolence complète. On trouve d'abord ses ganglions préauriculaires. Les ganglions sous-maxillaires sont pris eux aussi. Ils sont plus volumineux que les précédents. L'un d'eux même est du volume d'une amande. En outre, nous trouvons encore chez ce malade un ganglion sus-hyïodien ayant les mêmes caractères. Ajoutons encore la présence d'un petit ganglion parfaitement sensible, immédiatement en avant du bord antérieur du masséter, à la hauteur du canal de Sténon, exactement au niveau de la boule graisseuse de Bichat.

Ce malade présente en outre des accidents secondaires mani-

festes. Il a des papules nombreuses sur la face, surtout au niveau du menton, dans la moustache, dans le pli génio-labial et dans le cuir chevelu (surtout à la naissance des cheveux).

Alopécie surtout marquée au niveau des régions antéro-latérales. Les cheveux s'y laissent facilement arracher surtout du côté droit. Au cou, papules nombreuses surtout à droite, mêlées de pustules d'ecthyma.

Sur le tronc, on les rencontre abondantes à la région antérieure du thorax, dans la gouttière rachidienne, sur l'abdomen.

Plaques muqueuses au niveau de l'ombilic.

Sur l'abdomen et à la partie antérieure du thorax on trouve en plus des papules et des pustules, des taches rouge-brunes à peine marquées mais nettes à un examen attentif. Ce sont les traces de son ancienne roséole.

Du côté des organes génitaux nous voyons la verge couverte de papules très confluentes et de plaques muqueuses dans le sillon balano-préputial. Sur les bourses on trouve des papules nombreuses et des plaques muqueuses dans la gouttière pénienne et les plis génito-cruraux.

Il existe également des plaques muqueuses à la région anale.

Sur les membres inférieurs il y a des papules assez confluentes dans le creux poplité, des deux côtés.

On en trouve encore quelques-unes plus rares à la face antérieure de la cuisse.

Elles sont encore moins nombreuses dans les membres supérieurs.

Le fond de la gorge est rouge, blafard, mais ne présente pas de plaques muqueuses. Rien à la langue, aux gencives, au repli gingivo-labial, à la commissure des lèvres.

Pas d'onyxis, ni d'iritis.

Le malade est soumis aux injections intra-musculaires d'huile biiodurée. Pansement local.

Il quitte l'hôpital, sur sa demande, le 12 mai, très amélioré, mais non guéri.

OBSERVATION II. — *Inédite.*

Communiquée par M. Souligoux, interne des Hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine.

Chancre de l'angle interne de l'œil droit.

Accidents secondaires concomittants.

L. P....., 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 12 mai 1893, salle Saint-Julien, lit n° 8, pour une ulcération de l'angle interne de l'œil droit.

Etant soldat dans l'infanterie de marine, il eut une blennorrhagie et un chancre mou pour lequel il resta un mois environ en traitement à l'hôpital militaire. Il n'eut à la suite de cet accident local aucun signe de syphilis. Il s'est toujours très bien porté depuis. Il est marié et père de trois enfants. Parmi ces derniers deux sont morts, l'un en naissant, l'autre à l'âge de quatre ans. Quant au troisième, il s'est toujours très bien porté.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il habite Paris depuis un mois et demi. Il nie énergiquement avoir eu aucun rapport sexuel. Il dit n'avoir reçu aucune caresse. Il a logé, il est vrai, chez un de ses amis; mais ce dernier se portait très bien.

D'après lui, jusqu'au 1^{er} mai, il n'avait rien observé d'anormal du côté de son œil. Il prétend avoir reçu ce jour-là un peu de mortier dans l'œil et c'est à partir de ce moment que la lésion a commencé. Rien du côté des organes génitaux.

Quatre jours après, quand il se présente à l'hôpital, on constate dans l'angle interne de l'œil, surtout sur la paupière inférieure, une rougeur avec œdème surmontée d'une excoriation recouverte d'une membrane diphtéroïde très adhérente. La base de la tumeur est indurée.

On constate en outre que toute la chaîne ganglionnaire cervicale et rétro-maxillaire est prise.

Les ganglions sont volumineux.

En même temps son abdomen présente une roséole manifeste.

Le 16 Mai. — L'ulcération a perdu son aspect diphtéroïde. Les ganglions cervicaux sont douloureux au dire du malade.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade avait chaque jour, vers trois heures du matin, de la fièvre avec sudation. Notons que jamais il n'avait eu de fièvre intermittente aux colonies.

Cette fièvre a d'ailleurs cédé rapidement à 4 grammes d'iodure de potassium.

Traitement général. Injection intra-musculaire d'huile bi-iodurée.

Le malade quitte l'hôpital le 3 juin étant presque guéri.

Il est certain que dans cette observation le malade nous a caché une partie de la vérité. Il attribuait son ulcération à une brûlure par du mortier afin d'obtenir

gain de cause dans un procès en dommages et intérêts qu'il avait fait à l'auteur de l'accident.

Sa lésion datait assurément de plus de trois jours quand il s'est présenté à l'hôpital. C'était bien un chancre. Il s'accompagnait déjà de roséole, d'adéno-pathie, d'induration de la base, de fièvre spécifique, etc. Sa guérison rapide l'indique également. Or, pour un médecin ignorant, l'erreur de diagnostic pouvait être faite.

On pouvait ajouter foi au dire du malade, penser à une brûlure irritée et lui accorder le certificat qu'il demandait. Cette observation présente donc un très grand intérêt au point de vue du diagnostic.

OBSERVATION III. — *Inédite.*

Communiquée par M. le Dr Dubarry, du Havre.

Chancre infectant de la conjonctive palpébrale inférieure gauche chez une petite fille de 3 ans et 3 mois.

Dans la première quinzaine d'octobre 1892, Madame L... me conduit sa petite fille âgée de trois ans et trois mois. « Depuis deux semaines, me dit-elle, sa paupière grossit progressivement, ma fille ne se plaint pas, n'a pas l'air de souffrir, mais cet état m'inquiète. » La petite fille n'était pas une inconnue pour moi. Un an auparavant j'avais été appelé à lui donner des soins pour une conjonctivite leucorrhéique, affection qui avait guéri assez facilement. Je crois à un chalazion, c'est ma première pensée, mais l'enfant ne porte aucun des signes de l'inflammation, aucune rougeur au niveau de la boursofflure, aucune douleur vive par la pression ; mon doigt sent rouler sous lui une petite boule grosse comme une noisette. La peau de la paupière glisse sur son tissu conjonctif ; l'œil s'ouvre très bien et n'est pas sensible à la lumière ; on n'aperçoit sur lui aucune rougeur, il n'y a pas non plus trace de sécrétion.

Pour renverser la paupière, je suis obligé d'exercer sur elle un léger effort. Elle se retourne alors d'un bloc et je remarque alors que la conjonctive bulbaire est légèrement injectée, mais cette rougeur ne dépasse pas une ligne horizontale tangente à la partie inférieure de la cornée. Mais ce qui attire surtout notre attention, c'est la conjonctive palpébrale, qui étale à nos yeux toute la lésion. Vers un point central gros comme une petite lentille, toute cette membrane se trouve tiraillée. Ce point central est d'un jaune gris et se continue avec le reste de la conjonctive sans aucune irrégularité. La membrane environnante est légèrement vascularisée sur son pourtour. A part cela elle présente un aspect normal. On sent cependant qu'elle est soulevée par une grosseur d'une dureté cartilagineuse. Cette induration finit brusquement. En tout la tumeur est grosse comme une petite noisette. Sur le point central aucune excoriation, aucune sécrétion, la conjonctive se trouve là un peu plus ratatinée que partout ailleurs, et c'est tout. L'idée d'une infection se présente naturellement à mon esprit, mais quel genre d'infection ? J'avoue que je ne savais guère quel diagnostic porter. Le palper des ganglions voisins ne m'apprend rien.

Embarrassé, je renvoie le malade avec un simple lavage au sublimé, recommandant bien à la mère de me ramener son enfant tous les deux jours. Le surlendemain le ganglion préauriculaire se prend, la lésion principale n'a pas changé d'aspect. Huit jours après elle est encore dans le même état ; le ganglion, au contraire, avait pris des proportions telles qu'il gênait l'enfant pour manger, il n'était pas autrement douloureux.

Les ganglions sous-maxillaires s'étaient pris à leur tour et avec eux les ganglions des aines. Aucun d'eux n'a jamais dépassé la grosseur d'un haricot, tandis que le préauriculaire était devenu gros comme un œuf de pigeon.

C'est alors que l'idée d'un accident primitif me traverse l'esprit et ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi que je m'arrête à ce diagnostic. Avec toutes les précautions nécessaires en pareil cas, j'en fais part aux parents. Ceux-ci de jeter des hauts cris, se défendant de leur mieux, se trouvant presque offensés par mes paroles. De leur côté, en effet, l'interrogatoire le plus minutieux ne m'avait rien révélé, rien chez le père ne pouvait être incriminé, il n'accusait qu'une scarlatine dans l'âge le plus tendre ; la mère, elle, soutenait n'avoir jamais eu trace de boutons sur le corps. De leur union

étaient nés quatre enfants tous vivants, jamais malades, aucune fausse couche.

Malgré tout je persistais dans mon idée. J'examine soigneusement le corps, la bouche, la vulve et toutes les muqueuses accessibles de la petite malade. Je ne trouve rien. Quelques jours après seulement de petites taches rosées, discrètes, se montrent sur la poitrine et sur l'abdomen. Doutant encore je l'envoie à un de mes excellents confrères, le priant de me donner son avis, et, s'il y avait lieu, confirmation de mon diagnostic. Ce dernier m'assura qu'on ne pouvait plus à cette heure avoir le moindre doute, c'était bien d'un chancre infectant qu'il s'agissait.

Alors seulement j'instituais un traitement : frictions à l'onguent napolitain sur les ganglions indurés, liqueur de Van Swieten et iodure de potassium à l'intérieur. Huit jours après apparurent des plaques muqueuses très nombreuses à la bouche et à la gorge, très nombreuses également à l'anus, quelques unes à la vulve. Aujourd'hui encore, neuf mois après le début du chancre initial, j'ai de temps à autre à cautériser ces plaques. C'est à l'anus qu'elles sont le plus rebelles. La roséole n'a duré que trois ou quatre jours ; elle était si peu développée, que certainement, elle serait passée inaperçue, si toute mon attention n'avait été attiré de ce côté. A aucun moment la petite n'a perdu ses cheveux.

Le chancre a été assez long à disparaître complètement (trois mois à trois mois et demi). Il n'a jamais eu l'aspect classique qu'on lui décrit. Je n'y ai jamais vu de bord taillés à pic, de surface saignante, etc. Aujourd'hui la paupière est redevenue souple comme celle de l'autre côté. Du côté de la conjonctive il ne reste pas de traces ou presque pas. A peine une légère adhérence de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire, juste à l'endroit où s'était faite l'inoculation, au milieu et au fond du cul-de-sac. Les ganglions avaient suivi leur évolution habituelle, le préauriculaire disparaissait à mesure que le chancre diminuait.

Aujourd'hui on sent encore les sous-maxillaires, ceux du cou et ceux des aines, tandis que le préauriculaire est complètement résorbé.

Comment cette enfant avait-elle attrapé la vérole ?

Quand le doute n'a plus été permis au père, qu'il a vu

clair dans la maladie de sa petite fille, il nous a appris de quelle façon elle avait dû être inoculée.

Cette enfant, en effet, avait une marraine jeune et de mœurs assez libres. Chaque jeudi elle venait voir sa filleule. Elle a même une fois couché avec elle, et c'était quelques jours avant l'apparition de la maladie de l'enfant. Or, le père se rappelle qu'à cette époque la marraine de sa fille avait la voix éraillée, qu'elle ne se nourrissait pas comme d'habitude, parce que, disait-elle, les aliments lui faisaient mal à la bouche. Aux questions qu'on lui faisait, elle répondait qu'elle avait une angine. De plus le père avait remarqué au coin de ses lèvres des taches blanches qui la faisaient souffrir. Le père de notre malade avait pris cela pour des boutons de fièvre. C'était plus qu'il n'en fallait pour m'expliquer la contagion.

Mais comment interpréter l'éclosion au fond du cul-de-sac conjonctival, pour moi j'admettrai que l'agent infectant a été lancé sur l'œil de l'enfant probablement avec de la salive de sa marraine, que les larmes ont entraîné ce germe dans le cul-de-sac où il a séjourné un temps suffisant pour s'implanter sur la muqueuse.

Nous sommes ici forcé de nous poser une autre question : l'agent pathogène peut-il pénétrer dans l'organisme à travers une muqueuse saine ; une écorchure est-elle toujours nécessaire ? Dans le cas présent, il nous serait difficile d'admettre une érosion de la conjonctive à l'endroit où est apparu le chancre.

Cela me porte à croire que le virus syphilitique stagnant plus ou moins longtemps dans un même endroit et principalement sur une muqueuse peut par lui-même s'ouvrir une porte à la suite de l'irritation locale qu'il est susceptible d'y déterminer.

OBSERVATION IV. — *Inédite.*

Communiquée par M. le Dr Galezowski.

Le 17 novembre 1881 se présente à notre clinique un homme de 56 ans, atteint d'une ulcération de la paupière gauche siégeant à l'angle interne de l'œil. Elle a débuté depuis cinq semaines environ.

Ce malade est myope et en même temps gouteux : à la suite de cette dernière diathèse il a été atteint d'un iritis, s'accompagnant de hémératite ponctuée. En outre on remarque un gonflement du bord libre de l'iris.

L'ulcération qu'il présente a tous les caractères du chancre induré. Elle ne s'accompagne d'aucune douleur. Elle est apparue du 6 au 9 octobre (traitement : pilules de proto-iodure d'hydrargyre).

Le 25 novembre le malade se plaint de mal de gorge; il présente en effet depuis deux jours des plaques muqueuses sur le pharynx, ainsi qu'une roséole manifeste.

La chaîne des ganglions cervicaux est prise.

Du côté de l'œil, le malade présente du larmoiement et la paupière gonflée est en ectropion.

Le 13 décembre. Etat à peu près semblable.

(Les pilules sont remplacées par des frictions mercurielles).

Le 12 janvier 1882. Le chancre est complètement cicatrisé, mais la base indurée sur laquelle il reposait, persiste encore.

Cette observation est intéressante à cause de l'iritis, qu'a présenté le malade, qui aurait pu être mise sur le compte de la syphilis, alors qu'elle est due à la diathèse gouteuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAMS (J. E.). — Transact of the ophtalm. soc. of the unit. Kingdom. 1882.
- ALT. — Case of chancre of the right upper lid Americ.Journ. Ophtalm. St. Louis, 1891.
- BADAL. — Contribut. à l'étude des manifestat. ocul. de la syph. Journal de médecine de Bordeaux, 1879-80; Sud-Ouest médical, 1880.
- BAUDRY. — Archiv. d'ophtalmologie. 1885.
- BECK (David de). — Hard chancre of the eyelids and conjonctive — Cincinnati, 1886. — Syphilis of the eyelids, Journ. med. coll. Ohio Cincinnati, 1891.
- BLOOM. — Extra genital and others chancre. Medical progress, Louisville, 1891.
- BOUCHERON. — Union médicale, 1879.
- BOURGOGNE. — Considérations générales touchant les différents modes de contagion et de transmission accidentelle de la maladie vénérienne. Bruxelles, 1886.
- BOYS DE LOURCY ET COSTILHES. — Gaz médic., 1845.
- BRINCKEN. — Klin. monatsb. f. Augenh., 1854.
- BROWNE Edgard. — The Lancet, 1884.
- Semaine médicale, 1884.
- BULKLEY. — Medical News, 1889.
- BULL. — A contribution to syphilis of eyelids. New-York medic. journ., 1878.
- CAMPART. — Bulletin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, 1884-85.
- CARTER. — Transact. of the ophtalm. soc. of the Unit. Kingdom. 1882.
- CASTELO. — Rev. españ. de ophtalmolog., 1880.
- CLAEYS. — Annal. de la Soc. med. de Gand, 1883.
- CLERC. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1886.
- CRITCHETT (de Londres). — Med. times and gaz., 1857.
- DE LAPERSONNE. — Arch. d'ophtalmologie, 1880.
- DENTI. — Annali di ottalmolog., 1883.

- DERVILLE. — Journal des Sc. médic. de Lille, 1890.
- DESMARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1847 et 1854.
- DESPAGNET. — Arch. d'ophtalmol., 1881.
- DEVAL. — Gaz. méd., 1848.
- DIDAY. — Traité de la syphilis chez le nouveau-né.
— Du péril vénérien dans les familles, 1881.
- DIETLEN. — Casuist. Beitz f. syph. des Auges. Inaug. dissert. Erlangen., 1876.
- DOLHOFF. — Syph. Entart des augenlied-medic. Zeit. Berlin, 1888.
- DUBREUIL. — Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier.
- DUCASTEL. — Chancres syphil. atypiques. Bull. de la Soc. de dermat. et de syph., 1890.
- ELOSA. — La oftalmolog. pratic., 1882.
- EVANS. — Medic. Times, 1847.
- EVEILLÉ. — Recherch. statist. sur la syph. ocul. Th. Bordeaux, 85-86.
- FANO. — Journal d'ocul. et de chirurg., 1874.
- FAUCON. — Bulletin de la soc. méd. d'Amiens, 1875.
- FEULARD. — Ann. de dermatolog. et de syph., 1890-92.
- FIEUZAL. — Maladies des paupières. Bulletin de la clin. nation. des Quinze-vingts, 1883.
- FITZ-GÉRALD. — Ophtalm. Society of the Unit. Kingdom, 1882.
- FORTUNIADÈS. — Etude sur le chancre syph. des paupières, th. Paris, 1890.
- FOURNIER. — Union médic. 1858.
— Leçons clin. de l'hôpital Saint-Louis, 1886.
— Nourrices et nourrissons syph. Union médicale, 1878.
— Semaine médicale, 1893.
- GALEZOWSKI. — Journal d'ophtalmol., 1872.
- GOSSE. — Archiv. médic. belges, 1879.
- GRATIA. — Presse médic. belge, 1878.
- GUIGNARD. — Contribut. à l'étud. des chancres syph. extra-géni-
taux, Th. Paris, 1882.
- HAMANDE. — Arch. méd. belges, 1879.
- HARDY. — Ophtalmol. Society of the Unite Kingdom, 1882.
- HARLINGEN (VAN) de Philadelphie. — The polyclinic., 1884.
- HEYFELDER. — Ann. d'ocul., 1855.
- HIRSCHLER. — Wien med. wochens., 1866.
- HOLMÈS. — Journ. of americ. medic., 1887.
- HULOT. — Annales de dermatol. et de syphil. 1879-80.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.

- KRELLING. — Wierteljahr f. dermat und syphil., 1888.
- LASKIEWIEZ (de Friedenfeld). — Jahr ub. die Leistung und Forstché in Gebiete der ophtalmol., 1877.
- LAURENCE. — The Lancet, 1826.
A Treatise of venereal affections of the eye. London, 1830.
- LAVERGNE et PERRIN. — Ann. de dermatol. et de syph., 1884.
- LAWSON (G.). The Lancet, 1865.
- LE DENTU. — Soc. de chirurgie, 1885.
- LIPP. — *Wien medicin. Press.*, 1889.
Mitt d. ver. di aertze in Steiermake, 1889.
- LLOYD. — The Lancet, 1890.
- LUBINSKI. — Klin. Monatsbl. f. augenh. Cassel, 1878.
- MACKENSIE. — Practical treatise of the diseases the eyes, 1833 et 1855.
- MAGNI. — Eledon. clinic di Bologna, 1863.
- MASTIN W. N. — Chancre de la conjonctive palpébrale.
Gaillard medic. Journal, N.-York, 1880.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.
- MAZET. — Journal des mal. cutan. et syph., 1892.
— Medical Times. Case of syph. sores on the eyelids, 1857.
- MEIGHAN (de Glasgow). Glasc. medic. journal, 1883.
- MITTASCH. — Die syphil. Erkrank der Augelider, 1883.
- MONTGOMERY (de Chicago) — Transact. Illinois states medic. soc. 1885.
- MORABITO. — Su un caso d'ulcero-syphilitico delta palpebra. Bolletino di Polsambul. di Milano, 1889.
- MOREL-LAVALLÉE. — Ann. de dermatol. et de syph., 1888.
- MOTY. — Gaz. des hôpit., 1881.
- MRAUK. — Wien. medic Press., 1880.
- NEUMANN. — Extra genital syph. Medic Press and circular, London, 1892.
— Extra genital sclerosen Allg. Wien. med. Zeit 1892. et Wien. med. Wochens, 1892.
- NIVET. — Th. Paris 1887. Ann. dermat. et syph., 1886.
- NOVES. — Syphilis of the lye. New-York, 1874.
- ORY. — Th. Paris, 1875.
- PANAS. — Dict. Jaccoud., art. Paupières, 1878.
- PELUGER. — Klin. monastsbl., 1876.
- POSPELOU. — Arch f. dermat. und syph. 1889.
- PURSCHER. — Centralbl. f. prakt augenh. Leipsick, 1891.
- RICHON. — Gaz. des hôpitaux, 1881.
- RICORD. — Traité des maladies vénériennes.
— Ann. d'oculistique, 1850. Lettres sur la syphilis. 1851.
- RING. — Médic. Rec. New-York, 1892.

- IVET. — Th. Paris, 1887.
- ROYER (H.). — Recherches clin. sur les maladies de l'enfance, 1883.
- ROLLET. — Recherches sur la syphilis.
- Prophylaxie des mal. vénér., 1867.
- ROSSIGNEUX. — Des affect. oc. qui dépendent de la syph. Th. Paris, 1873.
- SALOMON VOSE. — Brit. med. journ., 1863.
- SAMELSON. — Brit. med. journ., 1870.
- SATTLER (de Cincinnati). — Cité par de Beck et Fortuniadès.
- SAVY. — Contrib. à l'étude des érupt. de la conjonctive, Paris, 1876.
- SICHEL, Fils. — Gaz. hebdom. 1880.
- SNELL. — Ophthalm. soc. of united Kingdom. 1883.
- STOURME (A). — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré.
Th. de Lyon, 1889.
- STURGIS. — Americ Jour-of medic. science, 1873.
- SZOKALSKI (de Varsovie). — Herschlbergs. Centralbl., 1880.
- TOUCHEAULME. — Etude sur le chancre syphilitique de la conjonctive.
Th. Paris, 1889.
- TROUSSEAU. — Ann. de dermatol., 1887.
- VESLIN. — Ann. de dermat. et de syph., 1890.
- VIBERT. — Injection intra-musculaire de mercure dans la thérapeutique oculaire. Th. Paris, 1892.
- VIGUIER. — Etude sur les chanères extra-génitaux. Th. Paris, 1888.
- VINCENTIS (de Palerme). — Annali di ottalmolog. Anno VIII.
- VIOLET. — Syphil. infantile. Th. Paris, 1875.
- WATSON (Spencer). — Brit. medic. Journ. London, 1881.
- DE WECKER et LANDOLT. — Traité d'ophtalmol.
- WHERRY. — Hard chancre on the conjonctive, of the lower eyelids, 1882.
- WHITE. — University medic. magaz. Philadelphie, 1889-90.
- WIELHE. — Allg. Wien. Medizin Zeit. 1882.
- WIETTE. (Th). — Arch. of dermatol. New-York, 1883.
- WILLIAMS. — Saint-Louis medic and surgic. Journ., 1883.
- WINDSON. — Brit. med. Journ., 1865.
- ZEISSL. — Deutsch. Zeitsch. f. prat. mediz. 1878, Lerbuch der syphil. Stuttgart, 1882.
- ZOBOLOTSKI (de Moscou). — Revue gén. d'ophtalmol., 1884. Medic. obosremic, 1884.
-

CONCLUSIONS

Le chancre palpébral n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Les observations en deviennent d'autant plus fréquentes que l'affection est mieux connue.

Il est rarement de cause vénérienne. Il est souvent professionnel (médecin, sage-femme, nourrice, etc).

C'est presque toujours par des plaques muqueuses buccales que se fait la contamination, lorsque, du moins, on peut retrouver sa cause, car c'est l'exception.

Il siège le plus souvent au grand angle de l'œil ou sur le bord libre des paupières.

Il se reconnaît à ses caractères propres et à son adénopathie caractéristique concomittante (parotidienne, sous-maxillaire, pré-massétélerine).

Lorsqu'il n'est pas irrité il guérit presque toujours sans laisser de trace.

Le diagnostic est en général facile, il suffit d'y penser et d'en rechercher avec soin les signes.

Son pronostic, pas plus que celui des autres chancres céphaliques, ne semble pas par lui-même pré-

senter une gravité plus grande que les chancres génitaux.

Quant au traitement, il consistera à n'employer que des pansements propres et non irritants ; on devra proscrire la cautérisation. Jamais il ne faudra oublier la prophylaxie pour l'entourage du malade et le traitement antisypilitique pour le malade lui-même.

Vu par le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.
